ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 24-4

Date de publication : 15 février 1998

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

PROTOCOLE POUR L'INVESTIGATION DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUË ET DES CAS SOUPÇONNÉS DE POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE	F-1	25-30
SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES – Projet *FluWatch*	F-4	31-32

Pagination officielle :

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

PROTOCOLE POUR L'INVESTIGATION DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUË ET DES CAS SOUPÇONNÉS DE POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE*

La poliomyélite paralytique est une maladie à déclaration obligatoire au Canada depuis 1924. Le dernier cas de poliomyélite paralytique dû au poliovirus sauvage indigène y est survenu en 1977, et le Canada, de même que le reste de la région des Amériques, a été certifié exempt de poliomyélite par la *International Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication*, en septembre 1994[1]. Bien qu'on soit parvenu à éliminer la transmission du poliovirus indigène, il demeure essentiel de maintenir la surveillance jusqu'à l'éradication de la maladie à l'échelle mondiale, en raison du risque d'importation de virus sauvages de régions endémiques. Des cas de poliomyélite paralytique résultant de l'importation d'un virus sauvage ont été signalés au Canada en 1978 et en 1988[2,3]. Deux autres cas reconnus d'importation de virus sauvages en 1993 et en 1996 n'ont pas été associés à la maladie paralytique (ou non paralytique)[4,5]. La sensibilité du système antérieur de surveillance passive de la poliomyélite au Canada a été limitée dans les dernières années à cause du faible indice de suspicion diagnostique et du faux sentiment de sécurité qui surgit souvent lorsqu'une maladie devient rare. Ainsi, la surveillance active de la paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de < 15 ans a été entreprise en 1991 afin d'examiner les cas potentiels de PFA. La surveillance de la PFA représentait un élément critique de la campagne d'éradication de la poliomyélite dans les Amériques et continue de jouer un rôle essentiel dans la campagne d'éradication mondiale de la poliomyélite de l'Organisation mondiale de la Santé[6]. En utilisant une incidence de base annuelle prévue d'un cas de PFA par 100 000 habitants âgés de < 15 ans en l'absence de transmission d'un poliovirus sauvage[1], la surveillance de la PFA permet d'avoir une bonne indication du niveau de suivi des cas potentiels de poliomyélite paralytique attribuables à l'importation de virus dans des régions exemptes de poliomyélite. De plus, les investigations neurologiques et microbiologiques permettent d'accroître la sensibilité de la surveillance des cas de PFA en vue de la détection rapide de la poliomyélite paralytique. Au Canada, la surveillance de la PFA est entreprise grâce à un effort conjoint du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) et du Programme canadien de surveillance pédiatrique. Elle repose sur la déclaration des cas par l'entremise du Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (un réseau de 11 centres pédiatriques tertiaires d'un bout à l'autre du Canada) de même que par les pédiatres. Tous les cas suspects de poliomyélite paralytique signalés au LLCM sont évalués par le Groupe de travail national sur l'éradication de la poliomyélite, qui est chargé de confirmer ou d'écarter ce diagnostic.

Le présent protocole fournit des lignes directrices pour l'investigation de tous les cas suspects de poliomyélite paralytique chez les personnes de tout âge ainsi que des cas de PFA chez des enfants de < 15 ans. Tous les cas suspects de poliomyélite paralytique qui satisfont aux critères de déclaration de ce protocole (ou aux critères de déclaration locaux additionnels) devraient être signalés conformément aux modalités exposées (voir la section ci-dessous sur l'investigation et la déclaration des cas) aux autorités provinciales ou territoriales de la santé publique, qui aviseront le LLCM. Des lignes directrices sont également fournies relativement à la notification de la découverte fortuite de poliovirus sauvages ayant causé ou non des symptômes cliniques (voir la section ci-dessous sur la déclaration de la découverte fortuite d'un poliovirus sauvage).

* Cet article est reproduit ici avec la permission de *Paediatrics & Child Health* (1997;2(6):409-12).

Tous les cas de paralysie flasque aiguë chez des enfants < 15 ans devraient faire l'objet d'une investigation afin qu'on puisse écarter le diagnostic de poliomyélite. Veuillez vous reporter à la section ci-dessous sur la définition de cas à des fins de surveillance.

Tous les cas suspects de poliomyélite paralytique, indépendamment de l'âge, doivent être signalés aux autorités sanitaires de la façon indiquée dans la section ci-après sur l'investigation et la déclaration des cas.

La découverte fortuite d'un poliovirus sauvage, qu'il ait causé ou non des symptômes cliniques, devrait être signalée de la façon indiquée ci-après sur la déclaration de la découverte fortuite d'un poliovirus sauvage.

Définitions de cas utilisées à des fins de surveillance

PFA : Pour les fins de la surveillance, la PFA est définie comme l'apparition soudaine d'une faiblesse ou d'une paralysie focale caractérisée comme flasque (réduction du tonus), sans autre cause apparente (p. ex., un traumatisme) chez des enfants âgés de < 15 ans. Les cas de faiblesse transitoire (p. ex., la faiblesse post-critique) ne doivent pas être déclarés.

Poliomyélite paralytique : Les définitions de cas suivantes sont fondées sur les définitions de cas utilisées à des fins de surveillance à l'échelle nationale, publiées par le Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE) et le LLCM en 1991[7], et qui avaient cours quand le protocole a été publié. Toutefois, ces définitions de cas sont en voie de révision par le CCE, de sorte que c'est toujours la définition la plus récente qui doit être utilisée et introduite dans le protocole.

Cas confirmé : Un cas confirmé est un cas qui présente des signes et symptômes compatibles avec la poliomyélite paralytique (PFA touchant au moins un membre, diminution ou absence de réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés, fonction sensorielle ou cognitive intacte, absence d'autre cause apparente et présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade) associée à l'isolement de la souche vaccinale ou d'une souche sauvage du poliovirus dans un échantillon clinique.

Cas possible : Un cas possible est un cas qui présente des signes et symptômes cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique (énumérés ci-dessus), en l'absence d'isolement du poliovirus dans des échantillons cliniques, mais avec preuve sérologique d'une infection récente par un poliovirus et sans signe d'infection par d'autres virus neurotropes. La preuve sérologique d'une infection récente par un poliovirus est fournie par une élévation d'au moins quatre fois du titre des anticorps anti-poliovirus dans des paires de sérum et/ou par la présence d'immunoglobulines M (IgM) spécifiques du poliovirus.

Investigation et déclaration des cas

Le lecteur trouvera dans les paragraphes qui suivent le protocole pour l'investigation des cas suspects. Ces étapes sont présentées à la figure 1.

Étape A

Le cas est-il cliniquement compatible avec la poliomyélite paralytique ou avec la PFA tel que définies ci-dessus?

Dans la négative – Aucune investigation ni rapport n'est nécessaire.

Dans l'affirmative – Informer les autorités provinciales ou territoriales compétentes qu'un cas suspect de poliomyélite paralytique ou de PFA est sous investigation. Passer à l'étape B.

Étape B

Veiller à ce qu'on recueille un échantillon de selles dans les 2 semaines qui suivent la survenue de la paralysie en vue d'examens virologiques. (L'échantillon peut être prélevé jusqu'à 6 semaines après l'apparition de la paralysie.)

Note : Un échantillon de selles prélevé dans les délais indiqués ci-dessus représente l'échantillon clinique le plus important pour l'investigation clinique et le diagnostic de la poliomyélite. On préférera un échantillon de selles à un écouvillonnage rectal parce que le diagnostic en laboratoire d'une infection due à un poliovirus est plus fiable. Toutefois, en l'absence d'un échantillon de selles, du matériel fécal obtenu par écouvillonnage rectal (ou par une autre technique d'examen rectal) est acceptable.

Veiller à ce qu'un échantillon de sérum soit prélevé immédiatement en vue d'examens sérologiques. Un second échantillon devrait être prélevé 2 semaines plus tard, si le patient est vu pendant la phase aiguë de la maladie, ou 1 mois plus tard, s'il consulte pendant la phase de convalescence. Les échantillons devraient être analysés en parallèle en vue de la détermination des titres d'anticorps anti-poliovirus et des IgG et IgM et spécifiques de la poliomyélite.

Note : Les échantillons de selles et de sérum devraient être envoyés au laboratoire provincial de manière à éviter des coûts inutiles aux établissements de soins et à faire en sorte que toutes les épreuves appropriées de détection des poliovirus (et des autres entérovirus) soient effectuées. Les spécimens doivent être transmis par les laboratoires provinciaux au Centre national des entérovirus pour subir d'autres analyses plus poussées, au besoin.

Demander les résultats d'investigations neurologiques, notamment des études de la conduction nerveuse et/ou de l'électromyographie, de la résonnance magnétique nucléaire et de la tomographie.

Étape C

Évaluer les résultats des analyses de laboratoire énumérées ci-dessus et prendre les mesures qui s'imposent.

Si un poliovirus est isolé, demander les résultats du typage (qui indique s'il s'agit de la souche vaccinale ou d'une souche sauvage) au laboratoire. Le service de santé qui a signalé le cas de concert avec le laboratoire qui effectue les épreuves doit veiller à ce que tous les isolats de poliovirus soient acheminés au Centre national des entérovirus pour y subir un typage plus poussé et en vue de la détermination de la souche. Passer à l'étape D sans attendre les résultats du Centre national des entérovirus.

Si un poliovirus n'est pas isolé mais que les résultats des épreuves sérologiques mettent en évidence une infection récente par un poliovirus (p. ex., élévation d'au moins quatre fois du titre des anticorps anti-poliovirus dans des paires de sérum et/ou la présence d'anticorps IgM spécifiques du poliovirus), passer à l'étape D.

Note : Si aucun poliovirus n'est isolé et qu'il n'y a pas de preuve sérologique d'une infection récente par un poliovirus (notamment si les épreuves n'ont pas été effectuées, si les échantillons étaient inadéquats ou si les résultats sont négatifs), passer à l'étape D et informer les autorités sanitaires compétentes de la province ou du

territoire de l'issue des investigations. Les cas dont les signes et symptômes cliniques sont évocateurs d'une poliomyélite paralytique doivent être signalés comme des «cas suspects».

Étape D

Signaler le cas le plus tôt possible aux autorités sanitaires de la province ou du territoire. Indiquer s'il s'agit d'un cas confirmé ou possible de poliomyélite, si le cas satisfait aux définitions de cas respectives présentées ici. Un cas qui est évocateur du point de vue clinique mais pour lequel on ne possède pas de résultats de tests de laboratoire démontrant qu'il s'agit d'une infection à poliovirus (ou des résultats incomplets) doit être signalé comme un cas suspect. Il importe d'obtenir les informations suivantes et de les inclure dans le rapport pour chaque cas.

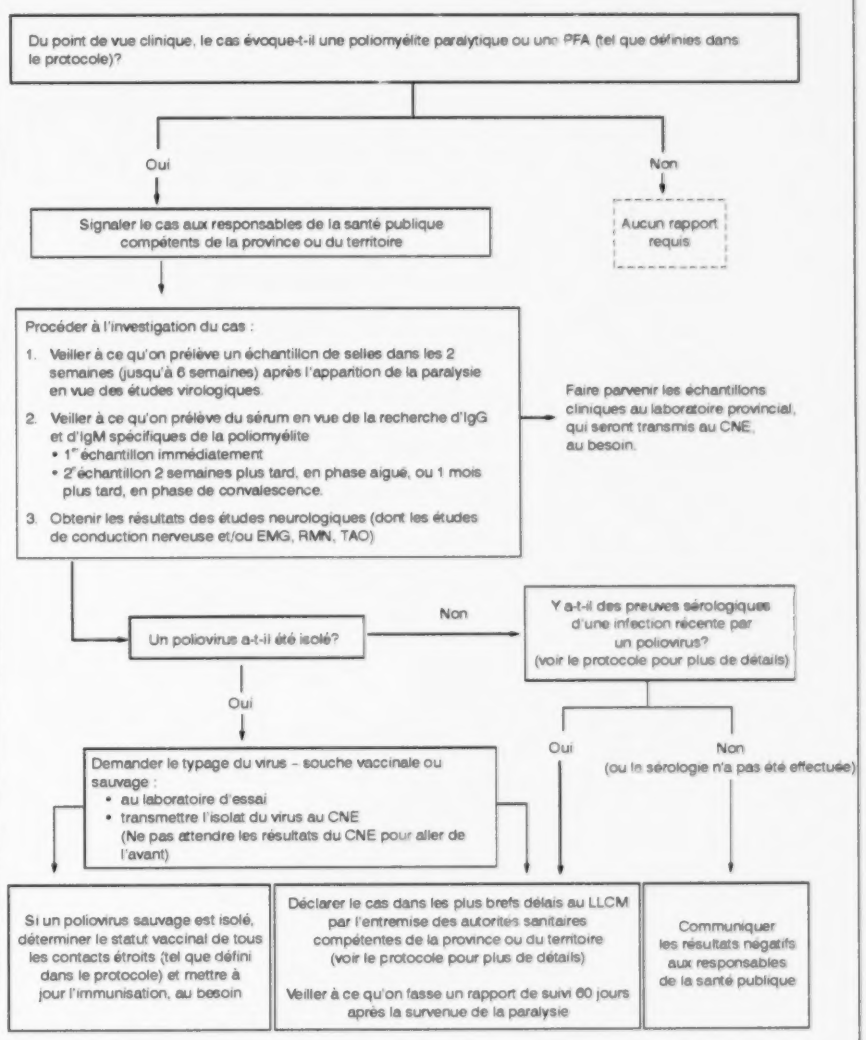
Les informations ayant trait aux patients doivent englober

- la date de naissance et le sexe
- le statut vaccinal en ce qui a trait à la poliomyélite (nombre total de doses de vaccin oral ou parentéral reçues)
- si le patient a reçu une dose du vaccin contre la poliomyélite dans les 30 jours précédant le début de la maladie
- les voyages effectués dans les 30 jours précédant le début de la maladie
- un aperçu du tableau clinique, de l'évolution de la maladie et du diagnostic clinique final
- les résultats des cultures de selles ou des épreuves sérologiques (s'il n'a pas été possible d'obtenir tous les échantillons cliniques requis pour réaliser les épreuves, il faut l'indiquer dans le rapport)
- les résultats de l'électromyographie et/ou des études de conduction nerveuse, s'ils sont disponibles (indiquer si ces tests n'ont pas été effectués).

Les informations ayant trait aux contacts dans l'entourage immédiat doivent englober

- tout vaccin oral contre la poliomyélite reçu dans les 90 jours précédant l'apparition de la maladie chez le cas en question
- les antécédents de voyages dans les 30 jours précédant le début de la maladie chez le cas en question
- les formules de déclaration de Santé Canada intitulées *Formule générale A (HPB 5130A)* et *Formule de*

Figure 1
Étapes pour l'investigation et la déclaration des cas suspects de poliomyélite paralytique ou de paralysie flasque aiguë



Légende

PFA	Paralysie flasque aiguë
TAO	Tomographie assistée par ordinateur
EMG	Électromyographie
Ig	Immunoglobuline
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
RMN	Résonnance magnétique nucléaire
CNE	Centre national des entérovirus

déclaration de cas de poliomyélite (HPB 5130E), indiquent en détail les informations requises et devraient être utilisées pour la déclaration des cas.

Prendre les dispositions pour qu'on effectue un suivi de l'issue de la paralysie 60 jours après son apparition. Un rapport de suivi devrait être présenté lorsque l'information est disponible.

Note : Le rapport initial ne devrait pas être différé parce que l'information disponible est incomplète, mais toute l'information pertinente devrait être transmise dans un rapport de suivi dans les plus brefs délais.

Prise en charge des contacts étroits

Si l'on parvient à isoler un poliovirus sauvage dans un échantillon clinique, il faut vérifier l'immunisation contre la poliomyélite des contacts étroits du cas et mettre à jour l'immunisation, au besoin.

Les contacts étroits d'un cas sont définis comme

- les contacts domestiques – les personnes vivant dans la même maison ou ayant des contacts étroits avec le cas (p. ex., partageant la même chambre ou ayant joué avec le cas pendant ≥ 4 heures) dans les 30 jours précédant le début de la maladie
- les enfants qui fréquentent la même garderie
- les personnes ayant eu des contacts avec les selles ou les matières fécales du cas dans les 30 jours précédant le début de la maladie chez le cas en question sans utiliser les mesures de lutte anti-infectieuse.

Ces lignes directrices s'appliquent aux cas isolés de cas suspects ou confirmés de poliomyélite paralytique ou à la découverte fortuite d'un poliovirus sauvage ayant entraîné une paralysie.

L'enquête sur une grappe de cas survenus lors d'une épidémie doit être revue par les autorités sanitaires locales et par les responsables de la santé publique provinciaux ou territoriaux compétents afin de déterminer l'exhaustivité de la recherche des contacts.

Déclaration de la découverte fortuite d'un poliovirus sauvage

La découverte fortuite d'une souche de poliovirus sauvage dans un échantillon clinique, que celui-ci ait donné lieu ou non à des signes et symptômes cliniques de poliomyélite, devrait être signalée aux autorités sanitaires locales ainsi qu'aux responsables de la santé publique compétents de la province ou du territoire conformément aux procédures énoncées à l'étape D ci-dessus.

Le statut vaccinal à l'égard de la poliomyélite des contacts étroits devrait être déterminé et l'immunisation devrait être mise à jour, au besoin.

Références

1. Robbins FC, de Quadros CA. *Certification of indigenous transmission of wild poliovirus in the Americas*. J Infect Dis 1997;175(Suppl 1):S281-5.
2. Furesz J. *Poliomyelitis outbreaks in the Netherlands and Canada*. CMAJ 1979;120:905-6.
3. Sous-comité d'évaluation des cas de poliomyélite du Comité consultatif national de l'immunisation. *Évaluation des cas canadiens liés à des poliovirus*. RHMC 1989;15:185-87.
4. Centre national des entérovirus, Provincial Laboratory of Public Health for Southern Alberta, Barons-Eureka-Warner Health Unit et coll. *Analyse génomique d'isolats de poliovirus sauvage de type 3 dans le sud de l'Alberta*. RMTC 1993;19:96-9.
5. Ontario Ministry of Health. *Wild type poliovirus isolated in Hamilton*. PHERO 1996;7:51-2.
6. de Quadros CA, Hersh BS, Olivé JM et coll. *Eradication of wild poliovirus from the Americas: acute flaccid paralysis surveillance, 1988-1995*. J Infect Dis 1997;175(Suppl 1): S37-42.
7. Comité consultatif de l'épidémiologie, Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie*. RHMC 1991;17(Suppl. 3):26-8.

Source : *Groupe de travail sur l'éradication de la poliomyélite (D^rs Carlson [président], A Bell, N Cashman, P Duclos, S Lee, V Marchessault, L Palkonyay, Y Robert, J Waters); A Bentsi-Enchill, MB, ChB, MSc, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario).*

SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES
Projet *FluWatch*

Le programme de surveillance de la grippe au Canada, connu sous le nom de *FluWatch*, en est à sa deuxième saison, qui a débuté le 15 octobre 1997. Il permet de recueillir, de synthétiser et de communiquer les données sur la grippe provenant essentiellement de quatre grandes sources : les médecins sentinelles qui déclarent des cas d'affection pseudo-grippale (APG); les évaluations de l'activité grippale faites par les provinces et les territoires, en fonction de divers indicateurs dont les cas déclarés par les médecins et les données sur l'absentéisme pour cause de maladie; les rapports de laboratoires faisant état de cas confirmés de grippe; et enfin, les rapports de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes internationaux sur l'activité grippale. L'APG est une affection respiratoire fébrile aiguë (fièvre et frissons) qui, selon le médecin traitant, pourrait être causée par un virus grippal et qui est caractérisée par au moins un des symptômes suivants : toux, mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration. Le compte rendu que voici résume l'activité grippale au Canada au 21 janvier 1998.

Cette année, le programme *FluWatch* a recruté 200 médecins sentinelles, qui représentent 131 des 288 divisions de recensement du Canada (46 %). Le taux de réponse des médecins varie selon la province et la semaine, mais le taux moyen s'élève à 53 % (de 29 % à 68 %). La figure 1 illustre les taux normalisés d'APG, par province, d'après les données du système *FluWatch* pour la saison en cours. Ce sont Terre-Neuve, la Saskatchewan et l'Alberta qui affichent les taux les plus élevés. Les taux normalisés d'APG fondés sur les données transmises au système *FluWatch* (figure 2) sont relativement constants depuis le début de la saison et ne montrent pas le pic d'activité grippale qu'on avait observé pendant

la période des Fêtes en 1996-1997. Jusqu'à maintenant, la plus forte proportion de cas d'APG a été relevée chez les enfants de < 10 ans (115 cas pour 1 000 patients vus en consultation).

Le premier virus grippal isolé en laboratoire depuis le début de la saison correspondait à la souche A/Wuhan/359/95(H3N2), et l'échantillon provenait du Québec. Au 16 janvier 1998, nous avions reçu des données sur 11 110 échantillons analysés. Le virus de la grippe A a été isolé dans 226 de ces échantillons, et celui de la grippe B, dans quatre. Les cas confirmés de grippe A se répartissent de la façon suivante : Nouvelle-Écosse (6); Nouveau-Brunswick (2); Québec (73); Ontario (134); Manitoba (6); Alberta (2) et Colombie-Britannique (3). Les rapports *FluWatch* sont publiés toutes les 2 semaines et sont accessibles sur le site Web de *FluWatch* à l'adresse suivante : **http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/dsd/fluwatch/index.html.**

Figure 1
Taux normalisés d'APG déclarés au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par province, du 15 octobre 1997 au 20 janvier 1998

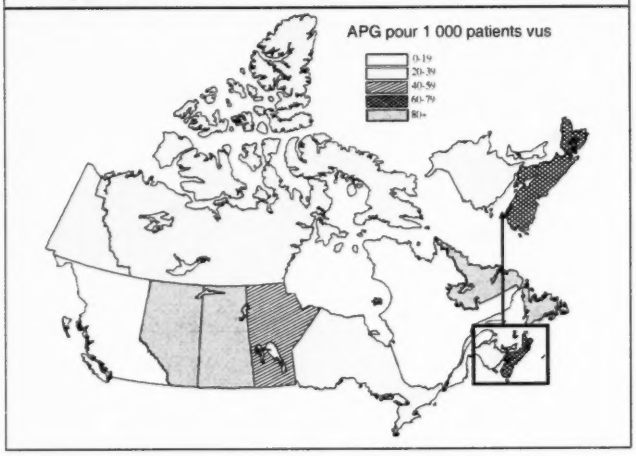
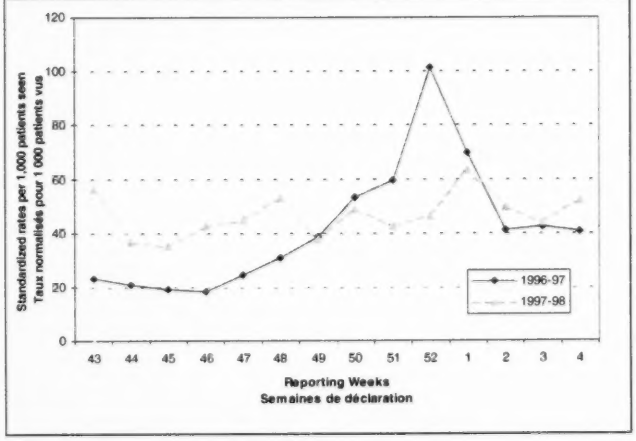


Figure 2
Taux normalisés d'APG déclarés au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par semaine, du 15 octobre 1996 au 20 janvier 1997 et du 15 octobre 1997 au 20 janvier 1998



Le virus de la grippe A(H5N1), aussi connu sous le nom de «grippe du poulet» ou «grippe aviaire», est un virus découvert récemment qui s'attaque à l'être humain, alors qu'on pensait auparavant qu'il n'infectait que les oiseaux. On a isolé ce virus chez un être humain pour la première fois à Hong Kong, en 1997. Au 19 janvier 1998, on dénombrait 18 cas confirmés chez des humains, six décès et un cas suspect. Il s'agissait dans tous les cas de personnes habitant la région administrative spéciale de Hong Kong. La survenue du dernier cas confirmé remonte au 28 décembre 1997. On peut obtenir les derniers renseignements à ce sujet en consultant le site Web du Ministère de la Santé de Hong Kong à l'adresse suivante : **http://www.info.gov.hk/dh/new/bullet.htm**. On peut aussi trouver de l'information au site Web des Actualités en bref pour maladies infectieuses : **http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/dsd/news/index.html**.

Source : *P Buck, DMV, MSc, épidémiologiste de terrain, S Herman, C Scott, B Winchester, BSc, MSc, P Zabchuk, P Sockett, PhD, chef, Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses; M Vanderkloot, BA, Bureau of Surveillance and Field Epidemiology, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	N° de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc